· 全科医生诊室 ·

Murtagh 安全诊断策略在全科教学门诊中的应用：以风湿性多肌痛为例

杨玲*，杜雪平

100045 北京市，首都医科大学附属复兴医院月坛社区卫生服务中心
*通信作者：杨玲，副主任医师；E-mail：yangling_1212@ccmu.edu.cn

【摘要】　澳大利亚著名全科医学专家约翰·莫塔（John Murtagh）提出的 Murtagh 安全诊断策略逐渐被全科医生用于临床诊断和治疗，多用于常见病的初步诊断、危急重症的快速识别、分析和判断是否存在导致某种症状 / 体征而容易被忽略的疾病，同时了解患者的担忧和期待。全科教学门诊是培养全科医生临床思维、提升全科诊疗能力的重要培训方法。本文以 1 例风湿性多肌痛（PMR）患者为教学案例，应用 Murtagh 安全诊断策略剖析诊疗思路，结合文献分析诊疗过程、总结诊治经验，指导全科医生从多维度思考疾病诊断、治疗，培训全科住院医师的全科临床思维、提高 PMR 诊治水平，达到教学目的。

【关键词】　Murtagh 安全诊断策略；全科教学门诊；全科住院医师；风湿性多肌痛
【中图分类号】　R 593.21　【文献标识码】　D　DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0570

Application of Murtagh Safe Diagnostic Strategy in the General Practice Teaching Clinic：an Example of Rheumatic Polymyalgia

*YANG Ling**，*DU Xueping*
Yuetan Community Health Service Center，Fuxing Hospital，Capital Medical University，Beijing 100045，China
**Corresponding author：YANG Ling，Associate chief physician；E-mail：yangling_1212@ccmu.edu.cn*

【Abstract】　The Murtagh safe diagnostic strategy proposed by renowned Australian general practitioner John Murtagh has been gradually used by general practitioners in clinical practice for diagnosis and treatment，mainly for initial diagnosis of common diseases，rapid identification of critical and severe diseases，analysis and judgment of the existence of diseases that can be easily overlooked，as well as to understand the patient's concerns and expectations. The general practice teaching clinic is an important training method for developing clinical thinking and enhancing diagnosis and treatment abilities of general practitioners. This article takes a patient with polymyalgia rheumatica（PMR）as a teaching case，applies the Murtagh safety diagnostic strategy to analyze the diagnosis and treatment ideas，analyzes the diagnosis and treatment process in combination with literature，summarizes diagnosis and treatment experience，guides general practitioners to think about disease diagnosis and treatment from multiple dimensions，trains general practice residents' general clinical thinking，improves the diagnosis and treatment level of PMR，so as to achieve the teaching purpose.

【Key words】　Murtagh safe diagnostic strategy；General practice teaching clinic；General practice residents；Polymyalgia rheumatica

澳大利亚著名全科医学专家约翰·莫塔（John Murtagh）提出的 Murtagh 安全诊断策略在临床中非常实用，能够提高医生的诊断水平、减少误诊和漏诊，包括 5 个方面的诊断思维[1-2]：（1）具有这种症状或体征的常见疾病有哪些？（2）有什么重要的不能忽略的疾病吗？（3）有什么容易被遗漏的病因吗？（4）患者是否患有潜在的常被掩盖的疾病？（5）患者是否还有其他未说明的问题？

引用本文：杨玲，杜雪平 . Murtagh 安全诊断策略在全科教学门诊中的应用：以风湿性多肌痛为例［J］. 中国全科医学，2023.［Epub ahead of print］. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0570.［www.chinagp.net］
YANG L，DU X P. Application of Murtagh safety diagnostic strategy in the general practice teaching clinic：an example of rheumatic polymyalgia［J］. Chinese General Practice，2023.［Epub ahead of print］.

风湿性多肌痛（polymyalgia rheumatica，PMR）病因不明，不同区域患病率差异大[3]。2000—2014 年，美国奥姆斯特德县≥ 50 岁人群的发病率约为 63.9/10 万[4]。我国目前尚无相关流行病学调查[4]。PMR 发病与感染、遗传、免疫和炎症相关[4]，常见于 50 岁以上人群，近年来 PMR 发病率逐年上升。PMR 临床表现多样，但缺乏特异性的实验性指标和病理学特点，容易被误诊或漏诊。国内学者研究发现，PMR 患者在非风湿免疫科首诊时，非内分泌专业医生更多着眼于本专业疾病，导致误诊为肩周炎、颈椎病、骨质疏松症、腰椎间盘突出症等，误诊率高达 68.0%[5]。老年人常多病共存，合并骨质疏松症、颈椎病、腰椎退行性病变、炎症性疾病、感染性疾病和肿瘤时常容易掩盖病情，给明确诊断带来一定的困难。

本文拟展示全科教学门诊中，针对 PMR 病例，基于 Murtagh 安全诊断策略培训全科临床思维，引导全科住院医师抽丝剥茧，最终确定疾病诊断和治疗。

1 全科住院医师教学门诊实施

1.1 教学对象

在首都医科大学附属复兴医院全科专业住院医师规范化培训基地培训的全科住院医师 6 人。

1.2 教学目的

（1）以肌痛为切入点，引导全科住院医师基于 Murtagh 安全诊断策略诊治 PMR，训练其全科临床思维；（2）讲解 PMR 的治疗与随访。

1.3 教学门诊诊室要求

1.3.1 独立的全科诊室：1 间独立全科诊室，全科住院医师接诊用，设备包括洗手台、电脑、诊疗床、诊疗桌、医师椅、患者椅、听诊器、观片灯、身高体重仪、软尺、检眼镜、检耳镜、血压计、温度计、压舌板等。

1.3.2 独立教学评估室：1 间教学评估室，与全科诊室邻近。用于带教师资和住院医师讨论、评估。配备单向玻璃或录音、录像设备等可视系统，用于教学观摩，也可以兼为全科诊室。

全科住院医师教学门诊内容及流程，见图 1。

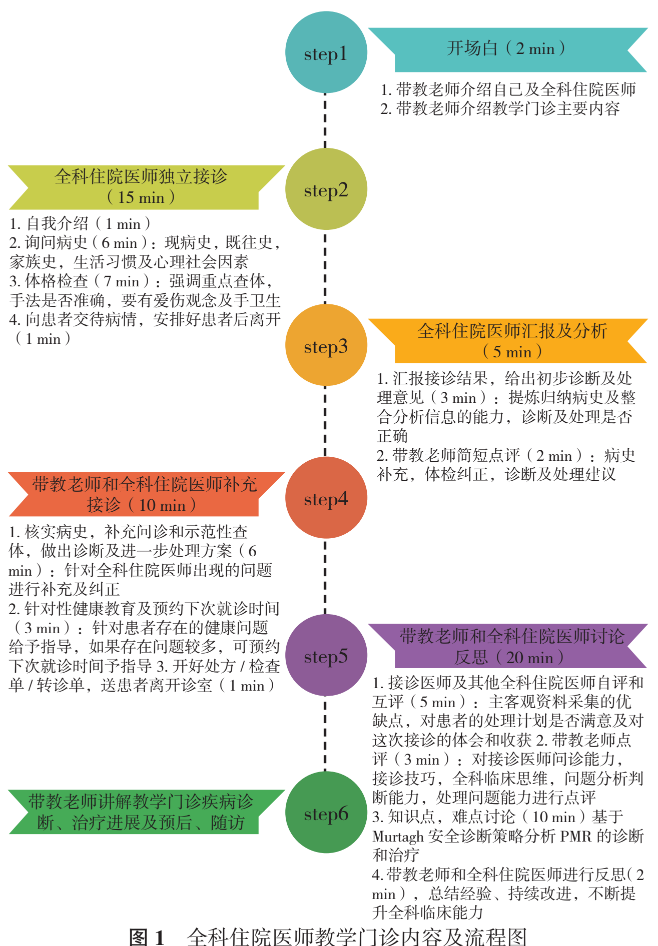


图 1 全科住院医师教学门诊内容及流程图

Figure 1 Contents and flow chart of teaching clinic for general practice residents

2 教学门诊病例

2.1 主诉

肩部、颈部及髋部肌肉疼痛、晨僵 2 月余。

2.2 现病史（全科住院医师接诊、带教老师补充后）

患者，女，66 岁，约 2 个月前晨间醒来出现双侧颈部、肩胛肌肉僵痛，上肢抬举稍有受限，2~3 d 后出现髋部肌肉僵痛，下蹲、上下楼梯无受限，未出现腕及指间关节疼痛和水肿，无乏力、肌肉红肿热，自服“双氯芬酸”后疼痛缓解。此后上述部位疼痛反复发作，服用“双氯芬酸”、外用活血止痛药后疼痛短时间内缓解，48 h 内复发。10 天前患者于外院检查心电图：心率 65 次 /min，窦性心律，ST 段改变，心肌酶指标正常，转至康复科就诊，考虑“筋膜炎”，予以康复、理疗后疼痛缓解不明显。为进一步诊治来诊。病程中患者无发热、乏力加重，无肌肉萎缩。精神状态尚可、睡眠因疼痛变差，二便正常。

2.3 体格检查

体温 36.1 ℃，脉搏 70 次 /min，呼吸 16 次 /min，血压 104/68 mm Hg。身高 1.60 m，体质量 50 kg，BMI 19.5 kg/m^2，腰围 74 cm，臀围 90 cm。神清语利，口唇无发绀，伸舌居中。肺部查体未见异常。心尖搏动位于第 5 肋间左锁骨中线内侧 0.8 cm，心界不大，心率 70 次 /min，律齐，心脏各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。腹部查体无异常，肝颈静脉回流征阴性。头颈部动脉无怒张、波动增强或减弱、触痛。双下肢无水肿。颈部、肩胛肌肉、髋部肌肉无固定压痛点。脊柱无压痛、活动度正常。

2.4 辅助检查

检查结果见表 1。

3 基于 Murtagh 安全诊断策略的病历分析

3.1 导致这种症状和体征的常见病有哪些？

该患者表现为颈、肩、髋部肌肉僵痛，临床上这些部位的疼痛常见于筋膜炎、颈椎病、肩周炎、腰椎间盘突出、骨质疏松、颈腰椎退行性病变，以及炎症性、感染性疾病等，鉴别诊断见表 2[6-7]。

3.2 有什么重要的不能被忽略的疾病吗？

3.2.1 急性心脑血管疾病：突发的剧烈疼痛或老年人突发的颈肩痛常预示急性心、脑血管疾病，老年人感觉器官退化，痛觉等反应减退，尤其是从未出现过的剧痛，如脑出血、脑肿瘤、高血压及心绞痛、心肌梗死等疾病，一般会伴有剧烈头痛或胸痛、胸闷呼吸困难、大汗淋漓或肢体运动障碍或头晕头痛等。突然加重或睡眠中痛醒的颈肩痛：突然改变的颈肩痛或痛的位置改变，其伴随症状改变等，有可能是心脑血管疾病的先兆。

3.2.2 脑部损伤、颅内病变：伴有精神、神经症状、惊

表 1 患者社区化验检查和 B 超检查结果

Table 1 Results of laboratory examination and B-ultrasonography in community

检查项目	检查结果	参考区间
ESR	74 mm/l h	0~20 mm/l h
RF	<11.3 U/mL	<20 U/mL
CRP	55.99 mg/L	<10 mg/L
肿瘤标志物	AFP：1.62 ng/mL CEA：2.29 ng/mL CA19-9：19.89 U/mL CA15-3：17.2 U/mL CA125：14.3 U/mL	0~7 ng/mL 0~5 ng/mL 0~43 U/mL 0~20 U/mL 0~22 U/mL
B 超	肩膝关节、髋关节 B 超未见滑膜炎	
血常规	正常	
血生化（空腹血糖、肝肾功能、血脂、心肌酶等）	正常	
甲功	正常	

注：ESR= 红细胞沉降率，RF= 类风湿因子，CRP=C 反应蛋白，AFP= 甲胎蛋白，CEA= 癌胚抗原，CA= 癌抗原。

表 2 引起肌痛的常见病的诊断与鉴别诊断

Table 2 Diagnosis and differential diagnosis of common diseases causing myalgia

疾病	疼痛特点	滑膜炎	辅助检查 / 实验室检查	自身抗体	常见的合并症	辅助检查 / 影像学检查
筋膜炎	筋膜炎典型病症表现包括疼痛、肿胀、肌肉僵硬、肢体麻木等，其中病变部位常集中于颈椎、肩胛、足部等。早起或天气骤变时，病症表现可能会出现加重现象	无	正常	无	慢性疼痛、肌肉萎缩症、肢体活动功能受限、心理疾病	X 线多为阴性
多发性肌炎	对称性的肢体近端肌无力，数周至数月时间内逐渐发展为肩胛带、骨盆带和四肢近端无力，从蹲位站立和上举双臂困难，常伴有关节部肌肉疼痛、酸痛、压痛	无	急性期出现外周血 WBC 升高、ESR 加快。CK 与 LDH 增高。肌肉活检提示肌炎表现	无	肌萎缩、抬头困难、吞咽困难和构音障碍、呼吸困难	肌电图提示肌源性损害
纤维肌痛综合征	以慢性弥漫性疼痛、睡眠障碍或无恢复性睡眠、疲劳和认知障碍为核心症状。躯体疼痛有固定、对称的压痛点，如颈肌枕部附着点、冈上肌起始部、肩胛棘上方近内侧缘、斜方肌上缘中部、第 2 肋骨与软骨交界处外侧上缘、臀部外上象限臀肌皱褶处、肱骨外上髁下 2 cm 处、大转子后 2 cm 处、膝关节内侧鹅状滑囊区，共 9 处 18 个压痛点。肌力正常，关节无畸形。糖皮质激素治疗无效	无	ESR 正常、CRP、RF 阴性	无	常伴有身体僵硬、感觉异常等躯体症状和焦虑、抑郁等心理症状[6]。严重影响患者的生活质量。合并有紧张性头痛、激惹性膀胱炎、激惹性肠炎等疾病	无
肌筋膜疼痛综合征	局部疼痛	无	正常	无	无	无
脊柱关节病（如强直性脊柱炎）	炎性下腰痛。强直性脊柱炎主要侵犯脊柱，不同程度地累及骶髂关节和周围关节。临床表现为颈、胸、腰段脊柱关节和韧带、骶髂关节的炎症和骨化，髋关节通常受累，其他周围关节可出现炎症	可见，常见于下肢大关节	ESR、CRP 升高，RF 阴性。HLA-B27 阳性率高达 90%[7]	有	指（趾）炎、眼炎、肠炎	骶髂关节炎
类风湿关节炎	关节肿痛（好发于四肢小关节）	很常见	ESR 增快	有	类风湿结节、肺间质病变、贫血、眼炎	关节骨质破坏、间隙狭窄，甚至结构丧失。常有间质性肺炎
骨关节炎	关节疼痛或胀痛，好发于手远端指间关节、髋关节、膝关节、颈椎、腰椎	可见	正常	无	无	骨赘形成
骨质疏松症	可有腰背疼痛，严重者可见全身疼痛	无	DXA 检查，T 值改变	无	骨折	骨密度降低，骨小梁减少
炎性肌病	四肢近端肌肉疼痛、无力	可见	ESR、CRP 升高	有	间质性肺炎	四肢近端横纹肌炎症表现，常有间质性肺炎

注：HLA-B27= 人白细胞抗原 B27，DXA= 双能 X 线骨密度，WBC= 白细胞计数，CK= 肌酸激酶，LDH= 乳酸脱氢酶。



厥的颈肩痛。脑部损伤、颅内病变会出现意识障碍，如昏迷，瘫痪等。如出现惊厥，一般提示可能存在颅内疾病或破伤风等。

3.2.3 外伤引起的颈肩痛：若外伤后出现剧烈颈肩痛，可能有颈椎骨折、脱位、颈肩部扭挫伤。

3.2.4 恶性肿瘤：颈椎肿瘤会出现进行性颈肩痛，肢体麻木等。某些恶性肿瘤伴有骨骼肌肉疼痛，但通常合并还有其他临床表现。

3.3 有什么容易被遗漏的疾病吗?

可能遗漏的疾病见表 3[8]。

表 3 可能遗漏的疾病

Table 3 Diseases that may be missed

疾病	疼痛特点	滑膜炎	实验室检查/辅助检查	自身抗体	常见的合并症
软组织风湿症	关节外病变或关节周围非骨性结构病变引起的肌肉骨骼疼痛综合征	可见	正常	无	寒冷不耐受
甲状腺功能异常[8]	可见	无	甲功异常	无	甲亢性/甲减性心脏病、甲亢性周期性麻痹、甲减性寒冷不耐受和疲乏
慢性疲劳综合征	可见	无	正常	无	慢性头痛、情绪障碍
未分化结缔组织病	可出现关节痛或肿痛，肌痛或肌无力	可见	ESR、CRP 升高	有	皮肤黏膜损害、雷诺现象

3.4 患者存在多个症状，是否有不容易被识别的疾病?

3.4.1 系统性红斑狼疮等风湿病：累及多个系统、器官，实验室检查多种自身抗体阳性。皮肤、关节，浆膜、心脏、肾脏，中枢神经系统、血液系统等系统和脏器会出现损伤[9]。早期可仅有 1 个脏器受累的表现，同时伴有自身抗体（尤其是抗核抗体，简称 ANA）阳性。该疾病临床表现变化无常，起病方式多变，可几个脏器同时起病，也可相继出现几个脏器受损的表现，多数都有一定的起病诱因（感染，日晒，情绪受刺激），早期症状最常见的是发热、关节炎（痛）、疲劳，体质量减轻，较常见的是皮损、多发性浆膜炎、肾脏病变、血液异常、消化道症状、中枢神经系统损害等。

3.4.2 PMR 与巨细胞动脉炎（GCA）：PMR 多发生于老年人，以双侧对称性肩胛带肌、骨盆带肌和颈部肌肉疼痛和僵硬为主要临床表现，伴 ESR 显著增快和非特异性的全身症状。该疾病病因不明，一般为良性，并且与年龄密切相关，随年龄增长发病增多，50 岁之前患病较少，女性比男性多 2~3 倍，糖皮质激素治疗效果显著。PMR 与 GCA 关系密切，两者易相互合并出现。PMR 患者若出现以下情况，需除外合并 GCA：小剂量激素治疗反应不佳，颞动脉怒张、搏动增强或减弱、触痛阳性，且伴有头痛、头皮痛或视觉异常等，需完善颞动脉彩色超声、血管造影、颞动脉活检等检查[10]。

3.5 患者是否还有其他未说明的问题?

沟通之后发现患者对持续肌痛、口服解热镇痛药等治疗不见效等有质疑，担忧是否患有疑难杂症，甚至怀疑自己是否患有骨癌或白血病，希望尽快明确病因、缓解疼痛、恢复正常生活状态。

4 病例诊断

4.1 诊疗要点

女性，66 岁，双侧肩部、颈部及髋部肌肉疼痛、晨僵 2 月余，服用非甾体抗炎药效果不佳。社区就诊检查 ESR、CRP 升高、RF 阴性、肿瘤标志物阴性。诊断考虑疑似 PMR。转至风湿免疫科，检查结果见表 4，考虑 PMR，予以复方倍他米松注射液 1 ml（二丙酸倍他米松 5 mg: 倍他米松磷酸酯二钠 2 mg）肌肉注射 1 次，反应迅速，患者自述 24 h 内疼痛减轻 80%，确诊为 PMR，第 2 日改为糖皮质激素口服。

表 4 风湿免疫科检查结果

Table 4 Results of rheumatology and immunology

检查项目	检查结果	参考区间
ESR	77 mm/1 h	0~20 mm/1 h
RF	<12.1 U/mL	0~15.9 U/mL
CRP	60.2 mg/L	≤ 4 mg/L
ANA、dsDNA	阴性	
HLA-B27	阴性	
关节磁共振	未见异常	
胸、腹、盆 CT	未见占位性改变	

注：ANA= 抗核抗体，dsDNA= 抗双链 DNA。

4.2 PMR 诊断标准

目前常用的 PMR 分类标准为 Healey 的分类标准（1984 年）、2012 年美国风湿病学会（ACR）和欧洲抗风湿病联盟（EULAR）制定的 PMR 分类标准。主要依据临床经验进行排除性诊断。

4.2.1 Healey 的分类标准（1984 年）：（1）疼痛持续至少 1 个月并累及下列至少两个部位：颈部、肩和骨盆带。（2）晨僵持续 >1 h。（3）对泼尼松治疗反应迅速（<20 mg/d）。（4）排除其他能引起骨骼肌肉系统症状的疾病。（5）抗核抗体及类风湿因子阴性。（6）年龄 >50 岁。（7）ESR>40 mm/1 h。符合上述 7 条即诊断 PMR。

4.2.2 2012 年 ACR 和 EULAR 制定的 PMR 分类标准：该标准见表 5。不包括超声检查结果的诊断灵敏度为 68%，特异度为 78%。包括超声检查结果的诊断灵敏度为 66%，特异度为 81%。总体特异度为 57.7%~81.5%，灵敏度为 68%~92.6%[11]，敏感性和特异性较好，可以用来辅助区分 PMR、类风湿关节炎、肩骨关节炎和肌

病等疾病[12]。

表 5 2012 年美国风湿病学会和欧洲抗风湿病联盟制定的 PMR 分类标准

Table 5 PMR classification criteria developed by American College of Rheumatology and European League against Rheumatism in 2012

条件	评分[a]（分）	评分[b]（分）
晨僵持续时间 >45 min	2	2
髋部疼痛或活动受限	1	1
类风湿因子或抗环瓜氨酸蛋白抗体阴性	2	2
无其他关节受累	1	1
超声检查：至少一侧肩部具有三角肌下滑囊炎和 / 或肱二头肌腱鞘炎和 / 或盂肱关节滑膜炎（后侧和腋窝处），并且至少一侧髋关节具有滑膜炎和 / 或转子滑囊炎	不计分	1
超声检查：双侧肩部有三角肌下滑囊炎、肱二头肌腱鞘炎或转子滑囊炎	不计分	1
必要条件：年龄 >50 岁，双侧肩胛部疼痛，CRP 升高和 / 或 ESR 增快		

注：[a] 不包括超声检查结果，评分为 0~6 分，≥ 4 分可诊断风湿性多肌痛；[b] 包括超声检查结果，评分为 0~8 分，≥ 5 分可诊断风湿性多肌痛。

5 PMR 治疗

该患者确诊 PMR 当日予以“复方倍他米松注射液 1 mL（二丙酸倍他米松 5 mg：倍他米松磷酸酯二钠 2 mg）”肌注 1 次，当日肌痛缓解 80%，第 2 日予以甲泼尼龙 16 mg/d 口服，1 周后复查 ESR 45 mm/1 h、CRP 23 mg/L，2 周左右疼痛基本消失，3 周左右 ESR、CRP 降至正常。4 周后甲泼尼龙开始逐渐减量，3 个月后减至维持量 4 mg/d。综合医院风湿免疫科复诊，9 个月左右加用免疫抑制剂雷公藤多苷片 20 mg/ 次，3 次 /d，口服。治疗遵循《风湿性多肌痛和巨细胞动脉炎的诊疗规范》2023 年版标准如下。

5.1 激素

激素治疗为首选用药，目前尚无激素治疗 PMR 的标准方案

5.1.1 起始治疗：以最小有效剂量作为起始治疗。一般醋酸泼尼松片 12.5~25.0 mg/d 顿服。病情较重、肌痛、活动明显受限、存在复发高危因素且不良事件发生率较低的情况下，可选择药量范围内较高剂量的激素用量，对有合并其他疾病（如糖尿病、高血压等）及存在激素相关不良反应的高危因素时，可使用药量范围内较小的激素用量，不鼓励激素（泼尼松）起始剂量≤ 7.5 mg/d 及强烈不推荐激素（泼尼松）起始剂量 >30 mg/d。通常治疗后 1 周内疼痛迅速缓解，CRP 短期恢复正常，ESR 逐渐下降，2~3 周可获得疾病控制。

5.1.2 激素减量方案：PMR 复发高峰在治疗半年内，激素缓慢减量、加强宣教及严密监测 ESR 能减少疾病复发[13]。应基于患者病情活动性、实验室指标及潜在不良反应，制订个体化的激素减量方案。糖皮质激素减量过早、过快或停药过早是导致 PMR 复发的主要原因。PMR 复发患者的治疗方案是将口服泼尼松逐渐加量至复发前的剂量，4~8 周再逐渐减量至复发时的剂量。继初始减量成功和复发治疗达到缓解后推荐的减量方案为，每 4 周泼尼松减量 1 mg（或减量 1.25 mg，如泼尼松 10 mg/7.5 mg 交替口服方案），在保证维持临床缓解状态下直至停药。该诊疗规范建议激素减量方案还可以选择 2~4 周后泼尼松缓慢减量，每周减 2.5 mg，维持量为 5~10 mg/d。随着病情稳定时间的延长，部分患者的维持量可减为 3~5 mg/d。

应用激素治疗后，如症状改善不明显，需重新考虑诊断是否正确。目前关于激素的疗程无具体推荐，需考量激素的获益和风险，综合评价激素相关不良反应的危险因素、并发症、合并用药、复发及延长治疗等。激素逐渐减量的疗程不应 <12 个月。大多数患者在 2 年内可停用激素。国外研究发现 PMR 激素维持治疗的平均时间约为 3 年，少数患者需小剂量维持多年。停药后需长时间随访观察，一般认为 5 年不复发即为病情完全缓解。

5.2 非甾体抗炎药

对初发或轻症者可试用非甾体抗炎药，如双氯芬酸、吲哚美辛等。10%~20% 的患者单用非甾体抗炎药可以控制疼痛。应用激素替代非甾体抗炎药，如患者合并其他原因的疼痛，需短期应用非甾体抗炎药和 / 或抗炎镇痛药。

5.3 免疫抑制剂

长期使用激素有潜在不良反应，需考虑加用有助于更好控制病情、减少激素用量的治疗策略，即在激素治疗的基础上早期联合免疫抑制剂，如甲氨蝶呤，尤其是使用激素有禁忌证者、激素疗效不足者、复发风险高或激素减量难者、存在发生激素不良反应的危险因素或出现激素不良反应者，均可联用免疫抑制剂。保留糖皮质激素的辅助甲氨蝶呤治疗可能对某些患者有益[14]。PMR 合并 GCA 者，起始糖皮质激素剂量较单纯 PMR 者大，也可以联合免疫抑制剂，病情缓解后逐渐减量。

5.4 其他

已开展生物制剂治疗的相关研究。目前暂无证据表明肿瘤坏死因子 α（TNF-α）拮抗剂治疗 PMR 有效，不推荐应用 TNF-α 拮抗剂治疗 PMR[15]。IL-6 受体拮抗剂托珠单抗，单药或联用糖皮质激素治疗 PMR/ 复发性 PMR，在控制症状、减少激素用量、减少复发等方面显示出益处，但尚需更多的临床研究进一步证实[15-16]。

6 预后

PMR 及时诊治者病情大多可迅速缓解或痊愈，预

后良好，也可能迁延不愈或反复发作。疾病后期如果出现失用性肌萎缩等严重并发症，需进行个体化的体育锻炼、肢体康复等，降低跌倒风险，对于长期服用糖皮质激素的老年骨质疏松症患者也能改善其预后。

7　随访

7.1　监测肿瘤

该患者治疗随访第 6、12 个月时均检查胸部、腹部、盆腔 CT，风湿免疫指标，肿瘤标记物等未见肿瘤征象。根据报道，PMR 患者确诊后的 6 个月内肿瘤诊出率显著升高，因此，通过影像学检查监测肿瘤[17-18]。国外 Meta 分析结果显示，哥伦比亚和拉美地区 24% 的患者表现出潜伏性 PolyA，恶性肿瘤发生率 7.59%，因此常规临床随访应考虑恶性肿瘤、GCA 和潜伏多自身免疫（PolyA）[19]。

7.2　预防骨质疏松

该患者治疗口服糖皮质激素 1 个月左右检查“25 羟基维生素 D”12.94 ng/mL（>20 ng/mL 为充足，12~20 ng/mL 为不足，<12 ng/mL 为缺乏），予以“维生素 D_2 软胶囊 800 U，2 次 /d”“碳酸钙 D3 片 600 mg，2 次 /d”“骨化三醇软胶囊 0.25 μg，2 次 /d”预防骨质疏松症，3~6 个月复查骨代谢、双能 X 线骨密度测量（DXA）。体质数较高的患者和接受较高剂量糖皮质激素治疗的患者 25（OH）维生素 D 水平低的风险较高，口服钙二醇补充剂比胆钙化醇更有效地达到足够的 25（OH）维生素 D 水平。糖皮质激素对肠道、甲状旁腺、性腺、肾脏等的影响导致钙 / 磷代谢的改变，这些患者需要口服钙、维生素 D 以及强效双膦酸盐，口服双膦酸盐不耐受的情况下可选择静脉注射双膦酸盐[20]。

8　讨论

全科住院医师在全科教学门诊中按照 Murtagh 安全诊断策略，系统、全面地询问病史和仔细地查体可获得患者的症状、重要阳性体征，合理选择能够提示诊断方向或排除某些疾病的辅助检查，最后综合分析，抽丝剥茧，逐步排除常见疾病、严重疾病、心理疾病等情况，最终确诊为不容易被识别的 PMR，糖皮质激素治疗迅速显效。教学门诊中利用全科临床思维指导临床实践，提升全科住院医师对 PMR 的诊疗水平。

PMR 为排他性诊断，无特异性指标，在排除慢性感染、肿瘤和其他风湿免疫病后才能诊断[11]。临床中容易出现误诊和漏诊。没有及时进行 ESR、CRP、RF 等检查也是误诊和漏诊的原因之一。PMR 临床主要表现为对称性的颈、肩、髋及四肢肌肉僵痛，也可局限单侧发作，严重者会出现肢体活动受限，甚至不能翻身和起床。伴有 ESR 显著增快。除肌痛症状外，还有发热、乏力、贫血、体重下降、关节疼痛、头痛等非特异性临床表现。因此，全科医生在社区接诊颈肩髋及四肢肌肉僵痛的患者，在询问病史、体格检查时要注意患者的肌肉疼痛是否为对称性、是否伴有双上肢上举受限、下蹲起立困难或爬楼梯受限等，患者是否伴有发热、体重下降、头痛、关节痛、乏力等不适，在排除创伤、运动过度、他汀药物不良反应、炎症、肿瘤等情况下，利用社区可及性资源，及早完成 ESR、CRP，以便早诊断、早治疗。社区现有条件不能完成自身免疫相关抗体等检查者，及时转诊风湿免疫科进一步诊治。

作者贡献：杨玲进行文章的构思与设计，文献 / 资料收集及整理，撰写论文；杜雪平进行文章的可行性分析，负责文章的质量控制及审校，对文章整体负责，监督管理；杨玲、杜雪平进行论文的修订。

本文无利益冲突。

杨玲：https://orcid.org/0000-0003-1004-7470

杜雪平：https://orcid.org/0009-0001-1750-960X

参考文献

［1］刘宪红，王林林，翟莉红，等．重视全科医学临床思维，提升全科医师诊疗水平——RS3PE 综合征诊治体会［J］．临床合理用药杂志，2022，15（19）：173-175. DOI：10.15887/j.cnki.13-1389/r.2022.19.054.

［2］杨惠，裴冬梅．以 “血尿” 为首诊症状的多科病例探讨全科医生的安全诊断策略［J］．中国社区医师，2021，37（16）：62-64. DOI：10.3969/j.issn.1007-614x.2021.16.029.

［3］GAZITT T，ZISMAN D，GARDNER G. Polymyalgia rheumatica：a common disease in seniors［J］. Curr Rheumatol Rep，2020，22（8）：40. DOI：10.1007/s11926-020-00919-2.

［4］何烨，陈伟钱，林进．风湿性多肌痛的发病机制［J］．中华临床免疫和变态反应杂志，2021，15（5）：557-562. DOI：10.3969 / j.issn.1673-8705.2021.05.013.

［5］黄艳，周美菊，戴小娜，等．中老年风湿性多肌痛 31 例误诊和漏诊分析［J］．中华老年病研究电子杂志，2021，8（4）：33-36.

［6］中华中医药学会风湿病分会，海峡两岸医药卫生交流协会风湿免疫病学专业委员会纤维肌痛综合征中西医研究学组，首都中西医结合风湿免疫病研究所．中国纤维肌痛综合征诊疗指南［J］．中华内科杂志，2023，62（2）：129-146. DOI：10.3760/cma.j.cn112138-20220602-00426.

［7］高乐女，吴红，游茜霞，等．7829 例疑似强直性脊柱炎患者 HLA-B27 抗原阳性率及分型研究［J］．第三军医大学学报，2020，42（12）：1220-1224. DOI：10.16016/j.1000-5404.202001204.

［8］中华医学会老年医学分会老年内分泌代谢疾病学组，中华医学会内分泌学分会甲状腺学组．中国老年人甲状腺疾病诊疗专家共识（2021）［J］．中华内分泌代谢杂志，2021，37（5）：399-418. DOI：10.3760/cma.j.cn311282-20210502-00273.

［9］中华医学会风湿病学分会，国家皮肤与免疫疾病临床医学研究中心，中国系统性红斑狼疮研究协作组．2020 中国系统性红斑狼疮诊疗指南［J］．中华内科杂志，2020，59（3）：172-185.

DOI：10.3760/cma.j.issn.0578-1426.2020.03.002.
[10] 王培，冯学兵，段兴旺，等. 风湿性多肌痛和巨细胞动脉炎的诊疗规范[J]. 中华内科杂志，2023，62（3）：256-266. DOI：10.3760/cma.j.cn112138-20221020-00773.
[11] CAMELLINO D，GIUSTI A，GIRASOLE G，et al. Pathogenesis，diagnosis and management of polymyalgia rheumatica[J]. Drugs Aging，2019，36（11）：1015-1026. DOI：10.1007/s40266-019-00705-5.
[12] ROSENBERG H，HALMAN S，YADAV K. Polymyalgia rheumatica[J]. CMAJ，2021，193（46）：E1770. DOI：10.1503/cmaj.210541.
[13] 陈芳，杜红卫，王颖芳. 35例风湿性多肌痛的临床表现及预后[J]. 老年医学与保健，2019，25（1）：16-20. DOI：10.3969/j.issn.1008-8296.2019.01.005.
[14] MAHMOOD S B，NELSON E，PADNIEWSKI J，et al. Polymyalgia rheumatica：an updated review[J]. Cleve Clin J Med，2020，87（9）：549-556. DOI：10.3949/ccjm.87a.20008.[PubMed]
[15] CASTANEDA S，GARCIA-CASTANEDA N，PRIETO-PENA D，et al. Treatment of polymyalgia rheumatica[J]. Biochem Pharmacol，2019，165：221-229. DOI：10.1016/j.bcp.2019.03.027.
[16] FARINANGO M，ANSARY A，DAKKA A，et al. Is tocilizumab effective and safe in polymyalgia rheumatica and giant-cell arteritis with polymyalgia rheumatica?[J]. Cureus，2022，14（8）：e27606. DOI：10.7759/cureus.27606.
[17] 王晓冰，卢赛赛，朱晓芳，等. 风湿性多肌痛1例[J]. 中国临床案例成果数据库，2022，4（1）：E03251. DOI：10.3760/cma.j.cmcr.2022.e03251.
[18] FROLUND L L，VABEN C，DAM M，et al. Fast track clinic for early diagnosis of polymyalgia rheumatica：impact on symptom duration and prednisolone initiation[J]. Joint Bone Spine，2021，88（5）：105185. DOI：10.1016/j.jbspin.2021.105185.
[19] TORO-GUTIERREZ C E，CANAS C A，MANTILLA R D，et al. Polymyalgia rheumatica：a case series from Colombia and analysis of Latin America[J]. J Transl Autoimmun，2021，4：100115. DOI：10.1016/j.jtauto.2021.100115.
[20] 王丽. 风湿性多肌痛的诊断和治疗进展[J]. 河北医药，2022，44（2）：282-288. DOI：10.3969/j.issn.1002-7386.2022.02.033.

（收稿日期：2023-04-15；修回日期：2023-12-05）
（本文编辑：贾萌萌）